



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

GRADO EN PSICOLOGÍA

**“CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON TRASTORNOS
MENTALES Y DROGODEPENDENCIA EN UN CENTRO DE
DÍA”**

Autor: ENRIQUE CARRAVILLA MORENO

Tutor: JUAN AVELINO CARRO RAMOS

SALAMANCA, julio 2019

Declaro que he redactado el trabajo “Calidad de vida en personas con trastornos mentales y drogodependencia en un Centro de Día” para la asignatura de Trabajo Fin de Grado en el curso académico 2018-2019 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.

ÍNDICE:

0. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	4
1. INTRODUCCIÓN.....	5
1.1. JUSTIFICACIÓN.....	5
1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	6
1.2.1. Deterioro, calidad de vida y apoyo social.....	6
1.2.2. Drogodependencia: génesis, clasificación, consecuencias y factores	
1.2.3. Trastornos mentales.....	12
1.2.3.1. Esquizofrenia.....	13
1.2.3.2. Trastornos de la personalidad.....	14
1.2.3.3. Trastorno bipolar.....	15
1.2.3.3.1. Episodio maníaco	
1.2.3.3.2. Episodio hipomaniaco	
1.2.3.4. Trastornos depresivos.....	15
1.2.4. Centros de Día.....	16
1.3. OBJETIVOS Y/O HIPÓTESIS.....	19
2. METODOLOGÍA.....	19
2.1. PARTICIPANTES.....	19
2.2. MATERIALES.....	21
2.3. PROCEDIMIENTO.....	22
2.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	23
3. RESULTADOS.....	23
4. CONCLUSIONES.....	28
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	30

0. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El objetivo del presente trabajo es averiguar si la participación de un grupo de personas con enfermedad mental y/o problemas de adicción a sustancias en un Centro de Día enfocado a su contexto, ha mejorado y/o está mejorando su calidad de vida. El contexto sobre el que se asienta este trabajo es en el marco de la psicología social y clínica, ya que son ambas disciplinas que se ejercen en el trabajo en el Centro de Día, los contextos de drogodependencia y rehabilitación son también relevantes tanto en el Centro como en el presente trabajo. La muestra escogida para trabajar estaba compuesta por el 95% de los participantes del Centro, para la obtención de datos se emplearon un total de tres cuestionarios, siendo uno de ellos construido en exclusiva para la medición de calidad de vida en el Centro. Los resultados demostraron que la salud general y el grado de depresión de los participantes fueron dos factores relevantes en la mejoría de la calidad de vida; además estos hallazgos permitieron concluir que el grado de depresión afecta a la percepción de la calidad de vida, y que el tiempo de participación en el Centro sí parece ejercer un papel fundamental en la mejoría de la calidad de vida.

Palabras clave: Salud, Drogodependencia, Calidad de Vida, Centro de Día, Trastorno Mental.

I. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN

He querido realizar el presente TFG titulado “Calidad de vida en personas con trastornos mentales y drogodependencia en un centro de día” en primer lugar y con un propósito de investigación y profundización personal; ya que tanto el tema de trastornos mentales como el de drogodependencia han sido desde que empezó mi formación como psicólogo, suscitadores de mi interés. En segundo lugar, me gustaría que el presente trabajo constituyera una herramienta útil además de su propósito de investigación, y sirviera a todo aquel que lo leyera para aproximarse de una forma eficiente y corroborada al concepto de tratamiento y percepción de calidad de vida en personas con trastornos y drogodependencia en un Centro de Día.

Es más, considero que uno de los motivos de interés científico y su importancia a la hora de realizar este trabajo es el hecho de que creo que puede haber cierto desconocimiento del público en general respecto a los siguientes aspectos: cómo funciona un Centro de Día, qué es la calidad de vida concretamente y como puede medirse, cuál puede ser la gravedad de un cuadro mixto de trastorno mental y drogodependencia, como esto último puede afectar a la calidad de vida de las personas; y como la adherencia a un tratamiento clínico y/o psicosocial en un Centro de Día puede mejorar la condición de dichas personas. Por todos estos motivos considero más que suficiente realizar una investigación tanto teórica como experimental respecto a todos estos temas.

Además, y siendo uno de los principales factores que me llevó a elegir esta temática de TFG por encima de otras muchas alternativas, he de mencionar el interés tras haber realizado mis prácticas extracurriculares en el mismo Centro de Día donde el estudio experimental de este TFG tuvo lugar, por tratar de averiguar si su asistencia y participación en el mismo repercutió, ya fuera positiva o negativamente en su calidad de vida

Por último, habría de citar al Centro de Día de Salud Mental Ranquines (pues este es el nombre completo y oficial donde realicé el trabajo) perteneciente a la entidad Cáritas Diocesana en Avenida Padres Paúles, 14 de Santa Marta de Tormes en la provincia de Salamanca , el cual me mostró por primera vez lo que es trabajar con este tipo de personas y de una forma fuerte y directa poner en práctica todo lo aprendido, despertando de mí de esta

forma, un interés por las personas que tienen tanto un trastorno mental, como un problema de drogodependencia, lo que ello significa en sus vidas y cómo afecta a las mismas: marcándolas, condicionándolas o deteriorándolas.

1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1.2.1. Deterioro, calidad de vida y apoyo social

La evaluación de resultados en el trastorno mental grave (TMG) y crónico ha de estar basada en indicadores que vayan más allá de los tradicionales supuestos clínicos como una remisión sintomática o prevenir las recaídas (Chicharro & Uriarte, 2003). En una rehabilitación psicosocial aquellas variables que afectan a la mejoría de los usuarios trasciende al mero diagnóstico, la adherencia farmacológica y la gravedad sintomática. De esta manera otras variables que tradicionalmente pudieran pasar desapercibidas, como son la autonomía, el bienestar personal y la salud, la autoeficacia, la capacidad de autogestión, la participación social, el ocio y la autorrealización influyen en la evolución y mejoría y debieran de ser dianas de la intervención en este ámbito.

En los trastornos mentales graves la definición del cuadro lleva asociada y/o implícita la cronicidad (Blanco & Pastor, 1997), esto conlleva la presencia de limitaciones en el desempeño además de disfunciones en habilidades sociales e integración comunitario. Es por esto que, en la medición de resultados de los cuadros crónicos se necesitan medidas que posibiliten la evaluación de elementos relacionados con la reconstrucción social y la capacitación personal (Bowling, 1994). Estas medidas debieran de estar casi obligatoriamente en relación con los objetivos vitales de cualquier persona: autonomía, apoyo social y calidad de vida.

La gran mayoría de intervenciones en rehabilitación psicosocial tienen como principal objetivo una mejoría en el desempeño cotidiano de las personas para lograr así una mejoría en su adaptación y permeabilidad social. Además, hay una tendencia cada vez mayor de que las personas con TMG vivan en la comunidad; es por ello que clínicos, cuidadores y educadores afirman que no es posible separar la calidad de vida de estas personas del tratamiento recibido. Diversos estudios han indicado que los programas combinados de tratamiento farmacológico y rehabilitación disminuyen las recaídas, mejoran el funcionamiento y facilitan la integración social y laboral (Kingdom & Turkington, 2005; Vallina & Lemos, 2003;

Lieberman & Kopelwitz,2004). No obstante, han sido pocos los estudios que se han preocupado por verificar si estos resultados positivos incluyen a su vez mejoras en la calidad de vida, y aquellos que se han realizado han estado focalizados la mayor parte de las veces en pacientes que son dados de alta tras periodos largos de hospitalización (Lehman, Ward & Linn, 1982; Lehman, Possidente & Hawker,1986).

Pero... ¿Qué es realmente la calidad de vida? Este concepto se ha empezado a utilizar cada vez con más frecuencia en el contexto de una evaluación de la salud personal o bien como medida de bienestar. Aun así, no existe una única definición del concepto ni un discernimiento total respecto a otros términos similares, lo que ha llevado ocasionalmente a ser un término mal empleado.

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) se remonta a los Estados Unidos tras la II Guerra Mundial, como un intento de ciertos investigadores de la época por conocer la percepción de los ciudadanos en lo relativo a si creían tener una buena vida o si se sentían financieramente seguros (Campbell, 1981; Meeberg,1993). Esto, aun saliéndose un poco del tema central de este trabajo me parece interesante de analizar, aunque sea de forma superficial. Tras la II Guerra Mundial (a partir del año 1945) la población americana (y de todo el planeta en general) sufría una “depresión colectiva” puesto que acababan de presenciar el peor conflicto hasta la fecha en la historia de la humanidad. Además, en el caso de EEUU se añadiría que menos de diecisiete años atrás habían sufrido una terrible crisis económica, financiera y por ende social (Crack del 29) que había dejado sobrecogido al país. Es por estos dos motivos principalmente que es lógico que tanto “estrés social conjunto”, llevará a los investigadores a plantearse un constructo que midiera qué tal estaban los ciudadanos del país; es decir emplear una medición para estudiar y corregir (si fuera necesario) las vidas de los americanos. Años después, a partir de la década de los sesenta el empleo de este término comenzó a ampliarse cuando científicos sociales comienzan a realizar investigaciones en CV recogiendo datos objetivos e información como la clase de vivienda, el nivel educativo o el estado socioeconómico, siendo muchas veces estos nuevos indicadores económicos insuficientes (Bognar,2005), ya que únicamente eran capaces de explicar un 15% de la varianza en la CV individual.

Frente a esta escasa varianza, algunos psicólogos sugirieron que con mediciones de índole más subjetiva podrían obtener en la búsqueda un mayor porcentaje de varianza en la CV de las personas, teniendo siempre en cuenta que indicadores psicológicos como la

felicidad y la satisfacción explicaban sobre un 50% de la varianza (Campbell & Rodgers, 1976; Haas, 1999).

Resulta claro que a lo largo de los años de desarrollo de este término una fuerte dispersión y diversidad de concepciones ha tenido lugar. Esta diversidad puede ser producto de la naturaleza diversa del concepto (Cummins, 2000) o bien a que este es un término multidisciplinar (Haas, 1999). De esta forma, los economistas tenderán a focalizar su medición en elementos tangibles de la CV y, por otro lado, los científicos sociales se centrarán en la percepción más individual sobre la CV. A día de hoy concepto de CV aún a tres ramas de las ciencias: economía, medicina y ciencias sociales. Cada una de ellas ha promovido el desarrollo de un punto de vista diferente en lo relativo a cómo debe ser conceptualizada la CV (Cummins, 2004).

Aun con la enorme cantidad de investigaciones que a día de hoy pueden encontrarse sobre CV y en especial sobre CV en relación con la salud, todavía es posible hallar líneas de discusión que pudieran afectar en el desarrollo de esta área de estudio y trabajo. En primer lugar, es necesario distinguir CV de otros términos, como son estado de salud, satisfacción con la vida, bienestar o estado funcional; puesto que en ocasiones investigaciones en dichas áreas son tomadas en cuenta e interpretadas como mediciones en CV (Haas, 1999). Como forma de solucionar esta discusión, ha habido partidarios de dividir el constructo CV en áreas específicas y concretas. Para ello han planteado disminuir la confusión existente entre este concepto y aquellos factores que contribuyen a ella, evitando de esta forma problemas a la hora de identificar resultados de tratamientos o variables de la enfermedad (Taillefer, Dupuis, Roberge & Lemay, 2003). Esta nueva especificidad de la evaluación de CV en áreas concretas ha permitido el desarrollo de conceptos secundarios, como lo es la CV relacionada con la salud, al referirse al nivel de bienestar proveniente de la evaluación que cada persona lleva a cabo de distintas áreas de su vida, considerando la repercusión que en éstas tiene su estado de salud (Urzúa, 2010).

En segundo lugar podríamos nombrar a Fernández-Ballesteros (1998), ella sintetiza las principales líneas de discusión en torno al concepto de calidad de vida en dos: (a) Si este concepto corresponde a una percepción subjetiva de la persona sobre ciertas condiciones, o bien, sumarle a esta percepción, la evaluación objetiva de dichas condiciones y (b) si la CV se refiere a un concepto ideográfico (donde el propio sujeto establece sus componentes) o bien nomotético (estableciendo un criterio general para todos los sujetos). Otros problemas

añadidos a la investigación en CV son (a) la inexistencia de un marco o modelo teórico que aporte validez a la definición planteada, (b) que no haya diferenciación con factores que afectan la CV y (c) la validez de los instrumentos de medición empleados.

Pese a estos problemas planteados, para Schalock (2000) la investigación en CV en los años noventa ha comenzado a responder dilemas tales como: ¿La CV es un concepto único?, ¿Es este constructo unidimensional o multidimensional?, y en caso de ser unidimensional, ¿sería igual para todos los individuos al estar basado en evaluaciones subjetivas?, dada su naturaleza, ¿puede ser medida?, ¿cómo?, y ¿bajo qué estándares psicométricos? (Sawatzky, Ratner & Chiu, 2005). Siguiendo esta línea Meeberg (1993) sintetiza elementos de una revisión bibliográfica y cita cuatro atributos críticos para diferenciar CV de otros conceptos: (a) Sentimiento de satisfacción con la vida en general, (b) capacidad mental para evaluar la vida propia como satisfactoria o no, (c) un aceptable estado de salud físico, mental, social y emocional determinado por los sujetos y (d) una evaluación objetiva realizada por una persona sobre las condiciones de vida. Para cerrar esta pequeña revisión sobre calidad de vida, y tomando lo planteado por Fernández-Ballesteros (1998), se puede decir que la literatura sobre CV concuerda fundamentalmente en tres cosas: (a) Es subjetiva, (b) el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y (c) el valor asignado a cada dimensión puede cambiar a través de la vida. Como último aporte es importante destacar la necesidad que proponen algunos autores de añadir aspectos evolutivos en la evaluación específica de la calidad de vida (Trujillo, Tobar & Lozano, 2004)

1.2.2. Drogodependencia: génesis, clasificación, consecuencias y factores.

Otro aspecto a tratar en cuanto a fundamentación teórica se refiere, es el de la drogodependencia, obviamente, al ser el presente trabajo acerca de calidad de vida con personas en un Centro de Día entre otros para drogodependientes, este tema no puede dejar de explicarse y detallarse.

Son muchos quienes han visto en el empleo de las drogas una salida a una serie de situaciones de la vida cotidiana, sin prever las consecuencias que su consumo acarrea; sin embargo, se sabe que el uso de algunas drogas no es nada nuevo en la historia ya que desde el mismo origen del hombre eran parte natural de su vida, pudiendo afirmar que gran parte de las drogas actuales, tales como marihuana, cocaína (por aquel entonces en forma de hojas de coca), ayahuasca, peyote...suelen compartir un origen común: chamanismo, tribalismo y

religión siendo utilizadas por la figura mística de la cultura concreta en la búsqueda de trascender lo terrenal y alcanzar una conexión con lo divino o sobrenatural. Cabría preguntarse qué llevó a un cambio en el uso de las drogas o por qué estas se alejaron de su contexto original religioso para dar paso a la recreación y el ocio, aunque aquí entraríamos en un ámbito antropológico que no nos corresponde.

Al uso o adicción a las drogas se le ha llamado comúnmente “drogadicción”, después y por un tiempo para evitar la carga peyorativa de este término como “farmacodependencia” según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964), aunque esta última definición no consideraba otras sustancias naturales, por ejemplo, que no son precisamente fármacos. Por ello, recientemente se ha comenzado a hablar de “problemas causados por el consumo de drogas”, los cuales abarcan una amplia línea que puede ir desde la pérdida de peso hasta la propia muerte entendiendo por droga “cualquier compuesto químico o natural que cambia o altera un sistema, o cualquier sustancia no infecciosa o no alimenticia que, a través de procesos químicos, produce cambios en los estados físico y/o mental” (BNDD, 1971:3).

Otras clasificaciones más actuales que aluden a las diferencias de consumo y abuso de sustancias dividen el consumo en cuatro tipos:

- Experimental: consumo fortuito y durante tiempo limitado. En este caso el tipo de droga es independiente, se trata de un patrón inicial y común a todas las drogodependencias que responde a una búsqueda exploratoria de sensaciones.
- Ocasional: consumo intermitente, cuya principal motivación es la integración grupal, a través de mayores niveles de desinhibición personal, la persona discrimina cuál es el tipo de droga que prefiere, dónde y cómo quiere usarla.
- Habitual: consumo diario con un doble propósito: aliviar el malestar (resultado directo de la no-administración de la droga) que la persona padece y mantener un rendimiento.
- Compulsivo: consumo varias veces al día de forma intensa, todas las cuestiones de la propia vida pasan a un segundo plano a excepción del consumo de la sustancia.

En función del tipo de consumo (y la gravedad asociada a cada uno) hay una serie de consecuencias generales de índole psicosocial y psicopatológica asociadas a éste, las cuales es importante que sean comentadas y detalladas para entender mejor cual puede ser su repercusión en la persona y su ambiente:

- A. Reacciones antisociales: el drogodependiente vive por y para la droga, sin barreras morales.
- B. Síndrome de déficit de actividad: astenia, indiferencia, disminución motora y cognitiva, apatía...
- C. Infecciones y disminución de las defensas: la administración de determinadas drogas llega a producir inmunodepresión, aumentando la vulnerabilidad a otras enfermedades; se trata pues de uno de los indicadores más potentes de drogas.
- D. Peligro de sobredosificación: especialmente en los drogodependientes crónicos de opiáceos por vía endovenosa cuya dosis elevada “normal” (adaptación por tolerancia) resulta excesiva después de un período sin consumirla y puede ocasionar la muerte por depresión respiratoria.
- E. Riesgo de escalada: cuando se realizan consumos abusivos y/o frecuentes de alcohol y/o se comienzan a consumir derivados cannábicos, indebidamente denominadas “drogas blandas”, existe el riesgo de iniciarse en consumo de otras drogas (las denominadas “drogas duras” como la heroína o la cocaína)

Además de las cuatro consecuencias vistas hasta ahora, podríamos también detallar los efectos tóxicos específicos de cada droga y hablar del riesgo de recaída, lo cual sería excedernos en exceso.

Y aunque este TFG trata de personas que ya consumen me gustaría aunque fuera brevemente nombrar los modelos que tratan de explicar por qué la persona empieza a consumir, encontrando desde los *biológicos* y los *neurobiológicos* (Escohotado,1992) como el Modelo de enfermedad (Jellineck,1952; Ausubel,1966), el Modelo de automedicación (Khantzian,1985) o el Modelo de exposición (Weiss & Bozarth,1987) a los modelos de explicación puramente *psicológicos*, motivados por la necesidad de incluir categorías psicológicas en el diagnóstico y definición de la adicción y/o dependencia, que amplían y complementan al estudio de los mecanismos neuronales con el de los distintos tipos de estímulos y condicionamientos involucrados, lo que ha llevado a una evolución progresiva desde un modelo biomédico exclusivamente centrado en la idea de una “enfermedad del cerebro”, a uno biopsicosocial, donde encontraríamos dos tipos de postulados: los conductistas y los postulados cognitivistas: de aprendizaje y adaptación y social (Peele,1987)

En tercer lugar, estarían los *modelos sociológicos* que, desde la antropología y la sociología, y a través de metodologías cualitativas de investigación, han construido lo que se conoce como modelo sociocultural. En sociología, encontramos también varios enfoques: el estudio de la relación entre las adicciones y los procesos de anomia y desviación, el de la “subcultura” de la droga y sus “nichos” de desorganización social o las teorías del “etiquetado social” y “estigmatización” entre otros (Comas,1993).

Podemos también comentar brevemente los factores psicosociológicos de las drogodependencias, los cuales se dividen en *individuales*, del entorno próximo o micro-sociales (Teoría Ecológica, Bronfenbrenner, 1979), y factores ambientales sociales o macrosistema. Entre los *primeros* vemos los factores evolutivos donde la adolescencia es considerada como una etapa de riesgo, caracterizada por la “crisis madurativa bio-psicológica” y una mayor influencia del grupo de amigos, los factores de personalidad en los que no habiendo un patrón de personalidad de riesgo sí se puede señalar algún rasgo como la inmadurez afectivo-emocional, etc...o los factores motivacionales como satisfacer la curiosidad, adquirir sensación de pertenencia al grupo, expresar independencia o rebeldía, conseguir tranquilidad o escape...

En los *factores del entorno próximo* podemos enumerar a la familia con algunos riesgos diversos como la desestructuración, la falta de comunicación o disciplina, modelos paternales que consumen, o un mal desarrollo en la afectividad y/o autoridad. En los factores del entorno próximo están también el grupo de iguales y los educadores.

En los *factores ambientales o globales* podríamos citar la rapidez y sobre-estimulación de la sociedad actual donde la facilidad para consumir es cada vez mayor, más variada y más cercana al individuo así como modelos sociales tales como famosos o celebridades que abiertamente consumen o a través de su arte hacen apología de ello.

1.2.3. Trastornos mentales

En primer lugar, antes de hablar de los trastornos mentales, me gustaría aportar la definición de salud, pues creo que es un concepto clave a entender a la hora de estudiar y trabajar sobre enfermedad mental; ya que el objetivo final para con una persona con una enfermedad o trastorno mental es mejorar su calidad de vida y por ende su salud.

La salud se define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS,2015). La salud mental se define,

así como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La enfermedad o el trastorno mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o de comportamiento, en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc. Todo lo anterior dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo (Guía de Estilo FEAFES, 2003).

Es difícil establecer una causa-efecto en su aparición ya en ella confluyen factores biológicos (alteraciones bioquímicas, metabólicas, etc.), factores psicológicos (vivencias del sujeto, aprendizaje, etc.) y factores sociales (cultura, ámbito social y familiar, etc.) que pueden influir en su aparición.

A continuación, se expondrán algunas de las patologías mentales más comunes, y que con más frecuencia encontré en los participantes del Centro de Día donde la parte de investigación del presente trabajo tuvo lugar:

1.2.3.1. Esquizofrenia

Enfermedad mental grave, que se caracteriza por una alteración global de los pensamientos, los sentimientos, la conducta y la capacidad de relacionarse. Afecta al 1% de la población mundial y muestra una tendencia a la cronicidad y un carácter cíclico. Suele aparecer entre los 17 y los 30 años. Se incluye dentro del conjunto de trastornos psiquiátricos conocidos como “trastornos psicóticos” y suele decirse que la esquizofrenia es el más representativo de este tipo de trastornos. Quien sufre de esquizofrenia experimenta una distorsión de los pensamientos y sentimientos, por lo que afecta a la persona de una forma total, y quien la padece comienza a sentir, pensar y hablar de forma diferente a como lo hacía antes, empieza a estar extraña, más aislada, puede evitar salir con amigos, duerme poco o demasiado, habla solo o se ríe sin motivo aparente (aunque estos síntomas no se dan en todos los casos), precisamente su sintomatología tiene el inconveniente de que la mayoría de los síntomas son subjetivos, éstos suelen agruparse en:

- Síntomas positivos: manifestaciones que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen presentar: alucinaciones, delirios, trastornos del pensamiento, inquietud motora, conducta repetitiva o excitabilidad.
- Síntomas negativos: aquellas cosas que el paciente deja de hacer y que un individuo sano puede realizar cotidianamente como pensar con fluidez y lógica, experimentar sentimientos hacia otros y/o tener voluntad para levantarse cada día. Hallamos entre otros la pobreza afectiva, alogia, abulia, apatía, anhedonia...

A la hora de hablar de su tratamiento, se emplean un tipo de fármacos denominados neurolépticos o antipsicóticos. Junto a los psicofármacos, suele estar la rehabilitación psicosocial, que va a tratar de frenar, disminuir o eliminar el déficit o deterioro en las distintas áreas que impiden una integración normal del paciente en su medio, entrenando las habilidades que le permitan una mayor autonomía e integración social, mejorando su calidad de vida y de su entorno social y familia, esto se explica en base a que el tratamiento psicofarmacológico es esencial en el tratamiento de la esquizofrenia y demás psicosis, pero no es suficiente para la buena evolución de la enfermedad. A parte de los anteriores, otras dos formas de tratamiento que han demostrado su eficacia son la psicoterapia y el apoyo familiar y social.

1.2.3.2. Trastornos de la personalidad

Patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto; se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro. Esta amalgama de diferentes alteraciones mentales está clasificada de la siguiente manera: trastorno de personalidad paranoide, esquizoide, esquizotípica, límite, antisocial, histriónica, narcisista, evitativa, dependiente, obsesivo-compulsiva, cambio de personalidad debido a otra afección médica y otros trastornos de personalidad especificados y trastornos de personalidad no especificado.

Respecto al tratamiento para este tipo de trastornos, en la actualidad no existe ningún medicamento que trate específicamente los trastornos de personalidad y la terapia farmacológica está orientada a tratar la sintomatología afectiva como la depresión y/o reducir los niveles de ansiedad e impulsividad. Como en otros trastornos mentales, su abordaje desde una única estrategia suele producir resultados insuficientes y hoy en día se reconoce como

mejor opción la utilización de estrategias multidisciplinarias combinadas como la intervención psicológica y farmacológica, como mínimo.

1.2.3.3. Trastorno bipolar

El trastorno bipolar, también conocido como enfermedad maníaco-depresiva, es una enfermedad psiquiátrica que se caracteriza por oscilaciones anormalmente intensas del estado de ánimo. Las personas afectadas experimentan los mismos cambios de humor que tiene cualquier persona, como alegría, triste o ira, sin embargo, en ocasiones, éstas se acentúan hasta un punto tan extremo que requiere asistencia psiquiátrica. Dentro del trastorno bipolar se pueden encontrar dos tipos distintos del mismo:

- Trastorno bipolar I: cuando se produce un *episodio maníaco* (periodo bien definido en la persona y en la duración con síntomas claros de hiperactividad y aumento de autoestima, así como alteraciones graves del estado de ánimo que pueden llevar a autolesiones o lesiones a otros y que no son explicables por la ingestión de ninguna sustancia) y al que le puede seguir o preceder un episodio de depresión mayor.
- Trastorno bipolar II: aparece un episodio de depresión mayor y al menos un episodio hipomaníaco (de menor intensidad que los episodios maníacos, no es suficientemente grave para causar alteraciones en su funcionamiento ni síntomas psicóticos).

1.2.3.4. Trastornos depresivos

El rasgo común de estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo.

El *trastorno depresivo mayor* representa el trastorno clásico de este grupo. Se caracteriza por episodios de al menos dos semanas de duración con cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas (sentimiento de desesperanza, disminución del interés o placer, pérdida de peso, insomnio o hipersomnia, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, pensamientos de muerte recurrentes).

De cara a un tratamiento y/o intervención con personas con este tipo de trastornos, en general la mayor parte de las investigaciones sugieren que la combinación de tratamiento psicofarmacológico y las terapias que emplean técnicas y elementos cognitivo-conductuales suelen producir mejores efectos que las estrategias separadas.

1.2.4. Centros de Día

Como último aspecto a tratar dentro del marco teórico del presente trabajo, me gustaría abordar el tema de los Centros de Día, puesto que el trabajo experimental y práctico de este estudio tuvo lugar en uno de ellos, de lo cual se hablará más adelante.

Pero en primer lugar una breve y coloquial definición sobre que es un Centro de Día: Un Centro de Día es todo emplazamiento que ofrezca un programa de atención diurna a aquellas personas que precisen de ayuda para el desempeño de las actividades básicas y/o actividades instrumentales de la vida diaria. Se trata de un recurso social intermedio, un centro socio-terapéutico que aporta un posible apoyo a la familia que durante el día se encarga de las necesidades básicas, rutinarias y sociales de la persona dependiente, fomentando su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual. No hay que confundir con un “centro de mayores” al que pueden acudir todo tipo de personas, aunque no necesiten de ayuda alguna para su día a día.

En concreto, el Centro donde yo realicé mi trabajo experimental se incluye dentro del subtipo “Centro de Día para personas con enfermedad mental”, los cuales más específicamente son aquellos centros especializados y específicos destinados a personas con enfermedad mental crónica con un gran deterioro de sus capacidades funcionales y de su entorno social, donde se desarrollarán programas intensivos de recuperación funcional y actividades estructuradas de ocupación del tiempo libre. Sus beneficiarios son aquellas personas adultas con enfermedades mentales graves y con gran deterioro de sus capacidades funcionales, grave desestructuración de su entorno social inmediato y severas dificultades para utilizar recursos normalizados para la satisfacción de sus necesidades.

El Centro de Día de Salud Mental Ranquines surge a raíz de un proceso de reflexión el cual concluye con que hay una necesidad que no está siendo cubierta adecuadamente por la sociedad. En todos los recursos e intervenciones del área de inclusión social de Cáritas hay personas acuciadas por un problema de salud mental que no están siendo atendidas adecuadamente, ya que los recursos no están preparados para responder a esta problemática. Además, en muchas ocasiones, estas personas interfieren en los procesos de otras y en el adecuado funcionamiento de los recursos.

Es un hecho que la prevalencia de enfermedades mentales es significativamente superior entre las personas en situación de exclusión social. Las dificultades ocasionadas por determinadas enfermedades mentales aumentan la probabilidad de caer en una situación de exclusión. Al mismo tiempo, la carencia sostenida de recursos económicos, el desempleo prolongado, los sucesos vitales estresantes, el aislamiento social y otras circunstancias constituyen factores de riesgo que pueden influir en el desarrollo de una enfermedad mental.

Las personas con enfermedades mentales que se encuentran en situaciones de gran exclusión (viviendo en la calle, sin hogar, sin redes familiares de apoyo, etc.) sufren una carencia sostenida de oportunidades. Por ello, se hace necesaria la intervención coordinada y conjunta de la administración pública y de la sociedad en su conjunto, para promover las condiciones que pongan a su alcance el ejercicio de una ciudadanía plena.

Esta reflexión no era nueva en Cáritas Diocesana de Salamanca. En el verano del año 2014 se hizo, junto con Cruz Roja, una valoración de las personas con problemas de salud mental que estaban utilizando los diversos recursos, viendo que el número no era nada despreciable, que era común en los recursos y que constituía una preocupación generalizada. En este análisis se detectaron 60 personas, 45 hombres y 15 mujeres, con una edad media de 43 años. Su perfil sería el de una persona sin hogar, la gran mayoría son salmantinos/as o con gran vinculación a la ciudad. Tienen asistencia sanitaria pero no utilizan los recursos de salud porque no existe adherencia al tratamiento y/o conciencia de la existencia de enfermedad. Sólo algunos tienen un diagnóstico (sobre el 35%) y no siempre está completo y/o actualizado. Por lo tanto, la revisión y la toma de medicación ajustada a su problemática no son posibles.

Tras consultar diferentes estudios centrados en la necesidad de contemplar y/o considerar la relación existente entre las variables: Salud Mental y Exclusión Social, se encontraron conclusiones de gran relevancia que refuerzan la necesidad detectada en la población salmantina afectada por este problema de salud. El profesor Marmot, en su estudio de 2005 (pag.1005) expone: “[...]existen diferencias notables en indicadores clásicos de salud y concentración del riesgo en los grupos más vulnerables; inmersos en situaciones de carencia material y/o social [...]” El estudio publicado por el Equipo de trabajo compuesto por López-Aróstegui, Castillo y Bergara (2010) nos ofrece tres razones principales que se ajustan perfectamente a la justificación del proyecto:

1. La prevalencia de las enfermedades mentales, que es significativa y creciente, parece que lo seguirá siendo en el futuro, considerando el contexto social. Su impacto sobre la calidad de vida de las personas afectadas y sus familiares es muy grande y su impacto económico sobre las personas afectadas, las familias y la sociedad en su conjunto es también amplio, duradero y de gran magnitud.

2. La relación entre los procesos de exclusión social y enfermedad mental es estrecha y bidireccional: la enfermedad mental, particularmente si tiene un curso prolongado, puede actuar como factor desencadenante o reforzar un proceso de exclusión y viceversa. La combinación de situaciones permanentes de exclusión y enfermedad mental severa coloca a quienes las padecen en situaciones límite.

3. La incidencia sobre el estigma, la colaboración entre sistemas (salud, servicios sociales, justicia, educación...) para ofrecer una atención continuada e integral y el fomento de la red de apoyo informal pueden contener y revertir estos procesos”

Ofrecer la atención integral a la que se refiere el estudio anterior exige considerar los diferentes factores mencionados por el profesor Tezanos (2004) al describir el concepto de exclusión social como “ un fenómeno social multidimensional que surge como consecuencia de las transformaciones sociales[...] cuyo origen está en los factores relacionados con las causas de la desigualdad, entre otros, el aspecto cultural, el económico, el formativo, el sociosanitario, el de vivienda, el relacional y también el espacial[...]

Para mejorar las condiciones de vida de las personas afectadas por un problema de salud mental, incrementar sus oportunidades de integración social y reducir el enorme impacto que tiene sobre ellas el efecto combinado de la enfermedad, el estigma y las situaciones objetivas de exclusión que les afectan, surge la iniciativa de crear el Proyecto Ranquines. Es una iniciativa que parte de la idea de dar un espacio de acogida a todas estas personas cuyas necesidades no están cubiertas de una forma adecuada, y es por ello que requieren de la presencia y participación en el Centro de Día de Salud Mental Ranquines.

1.3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

OBJETIVO GENERAL: El presente trabajo tiene como objetivo principal comprobar si, gracias a la participación y asistencia en un Centro de Día, la calidad de vida de las personas participantes es percibida como mejor por el participante.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPOTESIS:

- Corroborar a través de un trabajo de campo y experimental la siguiente hipótesis: “La calidad de vida de los participantes mejora gracias a su participación/asistencia en el Centro de Día Ranquines, para este objetivo se elaboró por mi parte un cuestionario, el cual se detallará y explicará mas adelante, que perseguía responder por entero a este objetivo de trabajo.
- Estudiar si hay relación entre la posible mejoría de la calidad de vida y el nivel de depresión de los participantes. De esta forma se plantea la siguiente hipótesis: “A mayor nivel de depresión, menos calidad de vida percibida y viceversa”

II. METODOLOGÍA

2.1. PARTICIPANTES

Los participantes son un total de 24 personas, de edades comprendidas entre los 18 años y los 74 años, entre las cuales se encuentran:

- Personas con trastorno mental grave y duradero, con dificultades en su funcionamiento psicosocial y de integración social, estando en situación psicopatológica estabilizada. De entre ellas:
 - Prioritariamente las personas que se encuentren en situación de marginación y exclusión social
 - Las que, sin estar en una situación psicopatológica estable, no presentan patrones conductuales agresivos o disruptivos que alteren la convivencia y/o no permitan a la persona mantenerse en el Centro.
 - Las que se encuentren en una situación irregular en el estado español.
- Personas con problemas de adicción y dependencia a sustancias, tales como alcohol, opiáceos, anfetaminas; o bien problemas de ludopatía y adicciones que no están relacionadas con sustancias. De entre ellas:
 - Algunas habían superado totalmente sus problemas de adicción o tenían recaídas muy ocasionales.
 - Algunas estaban en plena fase de tratamiento de desintoxicación.
 - Algunas aún estaban con fuertes problemas de adicción empezando el tratamiento a punto de dar comienzo al mismo

A la hora de seleccionar la muestra, el principal criterio de inclusión fue el grado de participación en el Centro (frecuencia de asistencia al mismo); por lo que en un principio se excluyó a dos participantes (de los 26 totales del Centro) que acudían a Ranquines con muy poca frecuencia (menos de una vez por semana) o bien habían empezado recientemente a acudir (menos de dos semanas de participación). De cara a esclarecer y detallar más la frecuencia con la que acudían, en uno de los cuestionarios empleados, se pidió que especificaran tanto el tiempo que llevaban acudiendo al mismo, como la frecuencia semanal de participación.

La siguiente cuestión que se planteó de cara a incluir/excluir a los participantes en la muestra fue si dividir la muestra en función del tipo de dependencia y/o enfermedad mental. Finalmente se decidió no hacer ningún tipo de división/etiquetaje, puesto que al tratarse de un Centro donde la diversidad intersujeto es tan grande (nacionalidad, idioma, edad, presencia/ausencia de patología mental, presencia/ausencia de dependencia/s y condición social) sería prácticamente necesario hacer una división para cada participante del Centro.

Una última cuestión de cara a matizar la inclusión, que se barajó a la hora de escoger la muestra fue el grado de depresión. Como el desempeño de mis prácticas curriculares del Grado de Psicología tuvo lugar en el mismo Ranquines, pude observar a los participantes antes de escoger la muestra, y entre ellos había algunos con una manifestación marcada y relevante de depresión (bien crónica, bien episódica), por lo que se planteó la posibilidad de que estos participantes, por su alto grado de depresión, pudieran no ser capaces de percibir adecuadamente mejoras en su calidad de vida debido a este fuerte estado depresivo. Finalmente, se resolvió esta cuestión completando la lista de materiales con la administración del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) de cara a, si fuera necesario, realizar una criba de aquellas personas altamente deprimidas; evitando así excluir a estas personas de la muestra a priori.

2.2. MATERIALES

Como instrumentos empleados para la recogida de datos experimentales, se emplearon los siguientes tres cuestionarios:

- SF-36 (versión 2): presentado como un cuestionario de Salud y Bienestar, este cuestionario trata de medir a través de 36 ítems recogidos en 11 preguntas la calidad

de vida percibida en el último mes. El formato de respuesta de este cuestionario es una escala tipo Likert de frecuencia con entre 3 y 6 opciones de respuesta. Se empleó este cuestionario a propósito, puesto que todas y cada una de las preguntas están enfocadas en el último mes de la vida de quien lo completa. En el caso del presente trabajo, el haber estado tan solo un mes y medio en el Centro de Día hacia prácticamente imposible el diseño de una intervención experimental pre-post, puesto que el reducido espacio de prácticas impedía este tipo de diseño. Junto a esto, se sumaba el hecho de que mientras yo accedería al Centro en febrero de 2019, en él había participantes que llevaban acudiendo desde octubre de 2018, y tanto margen de asistencia se escapaba a mi posible diseño pre-post. Es por todo ello que finalmente se decidió escoger este cuestionario, de cara a focalizar en el último mes de los participantes, el cual además coincidía con mi período de plena asistencia al Centro.

- **Inventario de Depresión de Beck (BDI-II):** como ya se mencionó anteriormente, se decidió emplear este cuestionario con el objetivo de realizar una criba, de cara a excluir a posteriori de la muestra a aquellos participantes con un elevado nivel de depresión. Además, el empleo de este cuestionario permitiría observar si hay una correlación entre el nivel de depresión y la calidad de vida percibida y verificar la hipótesis planteada al respecto.
- **Calidad de vida en Ranquines:** se trata de un cuestionario enteramente construido por mí, en donde se trata de recoger con la mayor precisión posible la calidad de vida de los participantes de este Centro de Día. Estaba construido sobre seis dimensiones (Autogestión, Bienestar y Salud, Autoeficacia, Autorrealización, Participación social y Ocio), cada una de las cuales tenía 5 preguntas, las cuales se contestaban en sistema de respuesta escala Likert con 5 opciones de respuesta. Este test constituía la parte más específica de la recogida de datos, puesto que todas y cada una de las preguntas estaban relacionadas con la rutina y el día a día en el Centro. Cabe destacar por último que en cada dimensión había una o dos preguntas formulada en negativo, de cara a que, ante un posible patrón de respuestas repetitivo y con posibilidad de perder atención en el cuestionario, los participantes rompieran esa posible tendencia y no pudieran responder a todas las preguntas rellenando siempre la misma opción de respuesta. Este recurso decidió llevarse a cabo además debido a que algunos de los participantes del Centro son tendentes a la impulsividad y a resolver cada tarea (en este caso cuestionario) que se les plantea de forma rápida, lo que lleva casi siempre a que la tarea en cuestión se complete de forma mediocre o defectuosa; por lo que para

evitar este posible sesgo se estableció como control esta serie de preguntas en negativo.

2.3. PROCEDIMIENTO:

La recogida de datos se planteó de la siguiente manera: el primer día en que ésta tuvo lugar decidió hacerse en el espacio horario de uno de los talleres del Centro llamado Habilidades Cognitivas en que los participantes trabajan resolviendo sesiones individualmente, por tratarse de un proceso similar. Lo primero antes de entregárselos, ya que muchos de ellos eran reacios a contestar o tenían dificultades para revelar información, se les explicó que éstos solo serían analizados por mí, que ninguno de los datos allí revelados, se harían públicos y que los resultados finales solo podrían ser vistos por mi tutor de prácticas, siendo éstos completamente anónimos. También se les comentó cuál era el objetivo de completar esos cuestionarios y que tuvieran presente que no se trataba de ningún examen. Se les explicó además la dinámica de cada uno de ellos (aunque éstos también contaban con una breve explicación al principio), que podrían preguntar dudas y que dispondrían del tiempo necesario.

Tras esta presentación se pasó a entregarles los cuestionarios en el siguiente orden (según el criterio de tiempo/esfuerzo mental al completarlo): SF-36, Calidad de Vida en Ranquines y BDI-II. Una vez completaban cada uno, se les preguntaba qué tal lo habían visto y se les entregaba el siguiente cuestionario con, de nuevo, una breve explicación. Al haber entre los participantes una gran heterogeneidad, cada cual acababa en un momento diferente y aquellos que ya habían terminado podían marcharse. Como dato decir que la media de tiempo para cada cuestionario fue de unos doce minutos, participando en esta primera recogida, 21 de los 24 participantes finales, y habiendo completado 18 de ellos ese mismo día los tres cuestionarios en el taller.

Hubo pues una segunda recogida de datos en el mismo espacio de taller de la semana siguiente, donde aquellos que no habían acabado el proceso o que no habían acudido la semana anterior podían completarlo y realizarlo respectivamente y una tercera y última recogida de datos en la que los tres participantes que aún quedaban por completar sus cuestionarios se reunieron en una sala aparte del Centro bajo mi supervisión para completar el proceso. Finalmente, todos los datos de los tres fueron recogidos y corregidos en una matriz de Excel para su posterior análisis y estudio.

2.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se han realizado diversos análisis estadísticos de carácter descriptivo, correlacional y de comparaciones de medias por medio del programa SPSS (versión 20.0). Los resultados se muestran en el siguiente apartado.

3. RESULTADOS

El análisis de los datos del cuestionario SF-36 permite obtener que: Respecto a “Función Física” la media es de 69,56 la cual se acerca al valor 68,9 que representa la media para varones en el rango de 65 a 74 años en “población normal”. Teniendo en cuenta que la media de edad de los varones participantes ronda los 50 años este resultado demuestra un desempeño en “Función Física” por encima de la edad pertinente para el grupo de varones, ya que estos muestran un resultado que se encuentra acorde con varones unos veinte años mayores que ellos. En relación a las mujeres ocurre algo similar, puesto que el valor promedio 69,56 se encuentra acorde con valores entre las medias de edad del rango 55-64 (73,0) y 65-74 (61,3); siendo la media aproximada de edad para las mujeres participantes de unos 45 años.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
SF-36 PHYSICAL FUNCTIONING (0-100)	23	,00	100,00	69,5592	26,12080
SF-36 ROLE PHYSICAL (0-100)	23	,00	100,00	71,7391	31,35605
SF-36 BODILY PAIN (0-100)	23	,00	100,00	60,8261	29,39952
SF-36 GENERAL HEALTH (0-100)	23	5,00	95,00	58,3913	22,40280
SF-36 VITALITY (0-100)	23	30,00	90,00	56,6667	16,45318
SF-36 SOCIAL FUNCTIONING (0-100)	23	,00	100,00	53,8043	35,03950
SF-36 ROLE EMOTIONAL (0-100)	23	33,33	100,00	85,5072	24,25889
SF-36 MENTAL HEALTH (0-100)	23	32,00	84,00	53,2609	13,69213
N válido (según lista)	23				

Respecto a “Rol Físico” el valor promedio obtenido para la muestra es de 71,74, el cual se encuentra por debajo del valor promedio (75,7) para el último rango de edad en

varones, mayor o igual a setenta y cinco años. Este resultado equipararía el “Rol Físico” de los varones participantes al de población normal bastante anciana. En relación a las mujeres algo parecido tendría lugar, ya que el valor promedio 71,74 se encuentra situado entre los valores de las medias de edad del rango 55-64 (74,9) y 65-74 (63,2), por lo que su resultado en esta variable se equipararía al de mujeres de la población normal de más edad (entre quince y treinta años).

En relación con “Dolor Corporal” se ha obtenido un valor medio de 60,83; ocurriendo con este valor el mismo fenómeno que ocurría para varones en “Rol Físico”, ya que este resultado se encuentra por debajo del valor promedio para mayores/iguales de setenta y cinco años (76,2). En el caso de las mujeres el valor 60,83 se encuentra justo situado entre 59,0 y 60,1; los cuales son respectivamente los valores promedios para los rangos de edad 65-74 y ≥ 75 . Por lo que para ambos géneros este resultado se corresponde con el de población normal muy envejecida respecto a ellos.

En “Salud General” se obtuvo un valor promedio de 58,39; el cual tanto para el conjunto de varones como el de mujeres participantes, correspondería con unos valores bastante cercanos al, por una parte 57,5 que es la media para varones de la población normal en el rango de edad 65-74, y, por otra parte, al 58,8 que es la media para mujeres en ese mismo rango. Este es por lo tanto un valor que corresponde con población normal más envejecida que la de la muestra, pero no con tanta diferencia como lo era en las anteriores dimensiones.

En el caso de “Vitalidad” el valor promedio obtenido es de 56,67; el cual para varones ocurre de nuevo el mismo fenómeno anterior en otras dimensiones, al estar este valor por debajo del valor promedio (57,3) para ≥ 75 años. Para el grupo de mujeres este valor se acerca al 58,8 que es valor de la media para mujeres de la población normal entre 55 y 64 años, por lo que, para ellas, el resultado en “Vitalidad” no se aleja tanto del promedio de la población normal como si ocurre para el caso de los hombres.

Tanto para “Función Social” como para “Salud Mental” se ha obtenido los valores respectivos de 53,80 y 53,26 los cual representan tanto para varones como para mujeres el caso más extremo de alejamiento respecto a la edad, ya que el valor promedio para ≥ 75 años en población normal es de 81,3 en FS y 70,3 en SM para varones; y de 76,4 en FS y 66,8 en SM para mujeres; unos valores que se alejan demasiado del obtenido en la muestra de los

participantes, siendo incluso estos los valores promedios para el mayor rango de edad dentro de la población normal.

Por último, para “Rol Emocional” se ha obtenido un valor promedio de 85,51, siendo este el resultado más elevado de entre todas las dimensiones del cuestionario. Para los varones este resultado se acerca al 87,0 que es el promedio en población normal para ≥ 75 años; por lo que su desempeño en esta variable de nuevo se sitúa muy por encima de la edad promedio de varones de la muestra que era de 50 años aproximadamente. Para mujeres este valor se encuentra muy próximo al 85,8 que es el promedio en mujeres de la población normal entre 46 y 54 años; por lo que prácticamente se equipararía al de las mujeres de la muestra, las cuales tienen una edad promedio de 45 años.

Tras obtener los resultados en “Calidad de vida en Ranquines” y el BDI-II se obtuvieron los siguientes datos:

		tiempo	Depres_Total	Cues_Ran
SF-36 PHYSICAL FUNCTIONING (0-100)	r	-,207	-,177	,295
	p (bil)	,369	,442	,172
	N	21	21	23
SF-36 ROLE PHYSICAL (0-100)	r	,023	-,365	,577(**)
	p (bil)	,923	,104	,004
	N	21	21	23
SF-36 BODILY PAIN (0-100)	r	,217	-,330	,300
	p (bil)	,345	,144	,164
	N	21	21	23
SF-36 GENERAL HEALTH (0-100)	r	,341	-,590(**)	,600(**)
	p (bil)	,131	,005	,002
	N	21	21	23
SF-36 VITALITY (0-100)	r	,381	-,517(*)	,294
	p (bil)	,089	,016	,173
	N	21	21	23
SF-36 SOCIAL FUNCTIONING (0-100)	r	,489(*)	-,471(*)	,629(**)
	p (bil)	,024	,031	,001
	N	21	21	23
SF-36 ROLE EMOTIONAL (0-100)	r	,362	-,491(*)	,418(*)
	p (bil)	,106	,024	,047
	N	21	21	23
SF-36 MENTAL HEALTH (0-100)	r	,538(*)	-,492(*)	,333
	p (bil)	,012	,024	,120

N	21	21	23
---	----	----	----

Como se puede apreciar en la tabla anterior, la Depresión se relaciona con la Salud General del SF-36 de forma significativa e inversa por lo que, a mayor depresión, menor percepción positiva de la salud (y viceversa). En sentido contrario, es decir positivo, tanto la Salud General como el Rol Físico se relacionan con el Cuestionario Ranquines (pero no con el tiempo que se ha permanecido en el centro).

El Funcionamiento Social y el Rol Emocional tienen el mismo comportamiento con las dimensiones anteriores que lo indicado en el párrafo anterior lo que indica un patrón general igual para estos constructos.

Y la Salud Mental, como era previsible, se relaciona de forma inversa con la Depresión, de tal forma que, a mayor Depresión, menor percepción de la salud mental (y viceversa). Y, cuanto mayor es el tiempo de estancia en el centro, mejor se considera la salud mental del encuestado.

Dimensiones de CV, tiempo, Cuestionario Ranquines y Depresión:

Se ha dicotomizado la muestra en función de sus valores en la escala de depresión, de tal forma que se considera sin depresión los sujetos con valores de 13 o menos puntos (mediana de la distribución) o con depresión (si superan ese valor).

Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

	Depresion	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
SF-36 PHYSICAL FUNCTIONING (0-100)	Sin depresión	9	73,6883	33,00410	11,00137
	Depresión	12	65,9722	22,07162	6,37153
SF-36 ROLE PHYSICAL (0-100)	Sin depresión	9	83,3333	25,00000	8,33333
	Depresión	12	64,5833	32,78430	9,46401
SF-36 BODILY PAIN (0- 100)	Sin depresión	9	65,6667	34,20526	11,40175
	Depresión	12	57,1667	23,82067	6,87643
SF-36 GENERAL HEALTH (0-100)	Sin depresión	9	73,0000	14,43953	4,81318
	Depresión	12	50,5000	23,31406	6,73019
SF-36 VITALITY (0-100)	Sin depresión	9	64,8148	14,15304	4,71768
	Depresión	12	53,7500	15,97228	4,61080
SF-36 SOCIAL FUNCTIONING (0-100)	Sin depresión	9	69,4444	31,93690	10,64563
	Depresión	12	45,8333	34,26722	9,89209
SF-36 ROLE	Sin depresión	9	96,2963	11,11111	3,70370

Calidad de vida en condición de drogodependencia y enfermedad mental

EMOTIONAL (0-100)	Depresión	12	80,5556	26,43205	7,63028
SF-36 MENTAL	Sin depresión	9	58,7778	12,50778	4,16926
HEALTH (0-100)	Depresión	12	51,6667	13,79943	3,98355
Tiempo	Sin depresión	8	10,3750	5,50162	1,94512
	Depresión	11	7,7273	4,83406	1,45753
Cues_Ranquines	Sin depresión	9	128,2222	12,30628	4,10209
p= ,0340	Depresión	12	114,0000	15,24944	4,40213

Sólo la Salud General y el Cuestionario Ranquines muestran diferencias significativas entre el grupo con depresión y el de no depresión. En ambos casos, los sujetos sin depresión según el cuestionario manifiestan valores más altos en estas dimensiones (mejor CV).

IV. CONCLUSIONES

En vista de los resultados y su interpretación en el contexto de trabajo, puede afirmarse en primer lugar que la hipótesis “a mayor nivel de depresión, peor percepción de calidad de vida y viceversa” ha quedado demostrada y corroborada al menos respecto a la dimensión Salud General. Un estado depresivo podría estar entonces afectando al estado de salud general del participante, y al ser ésta una de las dimensiones del SF-36, podría decirse entonces que estaría también mermando la percepción calidad de vida, o la calidad de vida misma. El haber encontrado además diferencias significativas entre el grupo con depresión y el grupo sin ella, tanto en esta dimensión como en el Cuestionario de Calidad de Vida en Ranquines, permiten concluir que, aparte de ser esta una dimensión especialmente relevante en la CV de los participantes del Centro, su detrimento/mejoría está directamente relacionado con la presencia o no de depresión en los participantes.

Esta dimensión junto a Rol Físico y Funcionamiento Social al correlacionar positivamente al Cuestionario de Calidad de Vida en Ranquines estarían apuntando a una mejoría en la Calidad de Vida de los participantes del Centro. Además, estas tres dimensiones aplicadas al contexto del Centro de Día podrían ejercer un papel fundamental: velando este por la mejoría en la salud del participante, su integración y funcionamiento social.

Y, por último, el haber hallado que cuanto mayor es el tiempo de estancia en el centro, mejor se considera la salud mental del encuestado; permitiría aceptar la hipótesis principal del presente trabajo, de que a mayor participación y asistencia al Centro de Día Ranquines, mejor

calidad de vida en los participantes; al menos en la dimensión Salud Mental que compone la misma.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Apud, I. & Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Heald and addictions*, 16 (2), 115-125
- Ausubel, P. & David P. (1966). The Dole-Nyswander Treatment of Heroin Addiction, *JAMA*;195 (11), 949-950
- BNDD.(1971). History Repeats Itself: Historical Parallels in Drug–abuse, Maryland: J. Brandy Co.
- Berruecos Villalobos, L. (2010). Drogadicción, farmacodependencia y drogodependencia: definiciones, confusiones y aclaraciones. *Cuicuilco*, 17(49), 61-81.
- Blanco, A. & Pastor, A. (1997). Las personas con enfermedades mentales crónicas: delimitación, problemática y necesidades. Madrid. Pirámide.
- Bowling, A. (1994). La medida de la Salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida. Barcelona, Masson, S.A.
- Campbell, A. (1981) The sense of well-being in America. McGraw-Hill, New York.
- Chicharro, F. & Uriarte, J. (2003). Gestión clínica y rehabilitación psicosocial. Los nuevos modelos de gestión y asistencia a la enfermedad mental severa. Madrid. Aguilar.
- Cummins. R.A. (2000). Objective and subjective quality of life. An interactive model. *Social Indicators Research*, 52, 55-72.
- Cummins. R.A. (2004). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of intelectual Disability Research*, 49, 699-706.
- Escohotado, A. (1998). Historia general de las drogas. Madrid: Alianza Editorial.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of Life. The differential conditions. *Psychology in Spain*, 2, 57-65
- García Fernández, M. J.(2016). Automedicación emocional y conducta adictiva. TFG Psicología, Universidad de Jaen , 24.
- Martínez, J.M. (2013). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Anales Psicología*, 29(1), 48-55.
- Haas, B. (1999). Clarification and integration of similar qualityof life concepts. *Journal of nursing Scholarships*, 31, 215-220
- Jellineck, E.M.(1960). The disease concept of alcoholism. New-Haven (Connecticut). Hillhouse Press
- Khantzian, E.J.(1977). The ego, the self, and opiate addiction: theorical and treatment considerations. *International Review of Psychoanalysis*, 5.189-199
- Kingdon, D y Turkington, D. (2005). Evidence for effective treatments in schizophrenia. New York. Guilford Press.

- Lehman, A.F., Possidente, S. & Hawker, F. (1986). The quality of life of chronic patients in a State Hospital and in Community Residences. *Hospital and Community Psychiatry*, 37(9), 901-907
- Lehman, A.F., Ward, N.C. & Linn, L. (1982). Chronic mental patients: the quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139 (10), 1271-1276.
- Limerman, R., & Kopelwiz, A. (2004). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que puedan facilitarla. *Rehabilitación Psicosocial*, 1, 12-29
- López-Arostegui, R., Castillo, R., & Bergara, A. (2010). Intervención con personas en situación o proceso de exclusión y con enfermedad mental severa. Equipo del Observatorio del Tercer Sector de Bizkaia. 3, 7-8.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *TheLancet*, 365, 1003-1099
- Martínez González, J. M. (2011). Drogodependencias y trastornos de la personalidad: variables relevantes para su tratamiento. *Papeles del Psicólogo*, 32 (2), 166-174
- Meeberg, G.A. (1993). Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 32-38
- Navarro Bayón, D., García-Heras, S., Carrasco, O. & Casas A.(2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Psychosocial Intervention* 17(3), 321-36.
- OMS, serie de informes técnicos. (2003). 915 (33)
- Peele, S. (1987). How people's values determine whether they become and remain addicts. *Journal of Drug Issues*, 17, 187-215
- Sawatzky, R., Ratner, P & Chiu, L. (2005). A Meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social Indicator Research*, 72, 153-188.
- Shalock, R. (2000). Three decades of quality of life. *Focus en Autism and other developmental disabilities*, 15,116-117
- Taillefer, M.C., Dupuis, G., Roberge, M.A. & May, M.A., (2003). Health-related quality of life models. *Sistematic review of the literatura. Social Indicators Research*, 64, 293-323
- Tezanos, F.J. (2004). Tendencias en desigualdad y exclusión social. Madrid. Sistema.
- Torres, M.A., Santodomingo, J., Pascual, F., Freixa, F & Alvarez, C. (2009). Historia de las adicciones en la España contemporánea. Barcelona. Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías
- Trujillo, S., Tobar, C. & Lozano, M. (2004). Formulación de un modelo teórico de la calidad de la vida desde la psicología. *Universitas Psychologica*, 3, 89-98.
- Urzúa, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138, 341-348.
- Urzúa M, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012) Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30 (1), 61-71.
- Vallina, O. & Lemos, S. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia. Madrid. Pirámide.

Referencias WEB:

- Proyecto Ranquines, Centro de día para personas que sufren trastorno mental. Accedido 8 de junio de 2019. https://www.caritas.es/accion_social/proyecto-ranquines/
- Centro de día para personas con enfermedad mental crónica - Generalitat Valenciana. Accedido 2 de mayo de 2019. <http://www.inclusio.gva.es/es/web/discapacitados/centro-de-dia-para-personas-con-enfermedad-mental-cronica7fe>.

- CENTRO DE DÍA PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL-Concejalía de Atención Social - Ayuntamiento de Totana-Totana (Murcia)». Accedido 2 de mayo de 2019. http://bienestarsocial.totana.es/servico_apoyo_psicosocial.asp.

